様式第2号(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　福井県知事　様  届出者　住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地および代表者の氏名 | | | | | | | |
| 特定給食施設届出事項変更届出書  　下記のとおり、健康増進法第20条第2項の規定により届け出ます。 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 新 | | | | | | 旧 | | | | |  |
| 給食施設の名称 |  | | | | | |  | | | | |
| 給食施設の所在地 |  | | | | | |  | | | | |
|  | 設置者の住所および氏名  法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地および代表者の氏名 |  | | | | | |  | | | | |  |
| 給食施設の種類 |  | | | | | |  | | | | |
| 1日の予定給食数および各食ごとの予定給食数 | 朝食 | 昼食 | 夕食 | その他 | | 合計 | 朝食 | 昼食 | 夕食 | その他 | 合計 |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | 管理栄養士の員数 | 名 | | | | | | 名 | | | | |  |
| 栄養士の員数 | 名 | | | | | | 名 | | | | |
| 変更した日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

　注　変更した項目のみ記入すること。ただし、給食施設の名称および所在地は必ず記入すること。